

PNEUMONIA TRENANTĂ – ASPECTE CLINICE ŞI DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN CONDIȚIILE DE SPITAL CU PROFIL SOMATIC

Olga Caraiani¹ – doctorand,
Serghei Ghinda² – prof. cons., dr. hab. şt. med.,
Boris Meşteşug² – MD,
Evelina Lesnic¹ – asistent, dr. şt. med.,

¹Catedra de pneumoftiziologie, IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,

²IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

+37369883302, e-mail: evelinalesnic@yahoo.com

Rezumat

Pneumonia reprezintă o entitate nozologică distinctă printre patologiile respiratorii cu impact asupra sănătăţii publice, având un risc major pentru o evoluţie nefavorabilă. Pneumonia trenantă este definită conform standardului naţional ca persistenţa opacităţii infiltrative pulmonare mai mult de 30 de zile, sau cel puţin după 10 zile de antibioterapie, asociate cu persistenţa unor semne clinice sau biologice. Multitudinea cauzelor asociate concură la rata joasă a vindecării. Scopul studiului a constat în aprecierea aspectelor clinice şi a dificultăţilor de diagnostic al pneumoniilor trenante. A fost realizat un studiu retrospectiv, selectiv şi descriptiv a unui eşantion de 55 bolnavi. Vârsta înaintată, accesibilitatea redusă a serviciilor specializate înalt calificate, comorbidităţile, deprinderile nocive au favorizat evoluţia trenantă. Antibioterapia anterior administrată a decapitat sindromul de intoxicaţie şi bronhopulmonar favorizând localizarea bisegmentară şi unilaterală. Metodele microbiologice a permis identificarea agentului etiologic doar la o treime din pacienţi. Tratamentul etiologic a concordat cu recomandările standardelor naţionale, atingând o rată optimă a cazurilor vindecate deşi, decesul nu a putut fi prevenit în câteva cazuri unitare. Abordul complex al cazurilor cu opacităţi pulmonare infiltrative trenante, dar şi administrarea unui tratament individualizat corespunzător particularităţilor biologice ale bolnavului vor diminua riscul decesului precoce.

Cuvinte-cheie: pneumonie, factori de risc, etiologie, tratament

Summary. Pneumonia with trenant evolution – clinical aspects and diagnostic difficulties in the hospital with somatic profile

Pneumonia is a distinct nosologic entity included in the frame of respiratory pathologies with an impact on public health, showing a high risk for a poor outcome. Pneumonia with trenant evolution is defined according to the national standard as an infiltrative lung opacity with a persistence of more than 30 days, or at least for 10 days after the end of previous antibiotic therapy associated with persistence of clinical or biological signs. The trenant evolution is determined by numerous associated causes and low rate of healing. The aim of the study was to assess clinical and diagnostic difficulties of pneumonia with trenant evolution. The conducted study was retrospective, selective and descriptive realised on a sample of 55 patients. It was established that the old age, reduced availability to high qualified medical services, comorbidities, harmful habits favored the trenant evolution of pneumonia. Previous administered antibiotic therapy, diminished the expression of the intoxication and broncho-pulmonary syndromes, favoring the location of pneumonia in a limited number of segment affecting predominantly one lung. Microbiologic methods allowed identification of the etiologic agent only in one third of patients. Etiologic treatment was prescribed according the national recommendational standards, achieving an optimal rate of cured cases although the death could not be prevented in a limited numbers of cases. A complex approach of cases with infiltrative pulmonary opacities with trenant evolution and individualised therapeutical management according to biological features of the patient will properly reduce the risk of early death.

Key words: pneumonia, risk factors, etiology, treatment

gelui, bacterioscopia sputei precedată de evaluarea citologică, examenul bacteriologic al suptei (doar în pneumonii cu evoluție severă și de gravitate medie). În cazurile anterior menționate se pot recomanda selectiv, în dependență de anamneză și particularități clinice aprecierea anticorpilor IgM (ELISA) către agenți atipici, antigenele specifice urinare (ELISA, testul imunocromatografic al legionelei și pneumococului), hemoculturi, toracocenteza, gazimetria sângelui arterial, examenul ecografic al organelor interne, ECG și doar în cazuri complicate cu dificultăți de diagnostic se recomandă tomografia computerizată [3]. În pofida tuturor investițiilor manageriale și financiare, în activitatea clinică spitalicească diagnosticul etiologic este pus în 10-70% din cazuri în dependență de regiunea geografică. Rata redusă a stabilirii diagnosticului etiologic este determinată de următoarele cauze: nespecificitatea tabloului clinic, dar mai mult ca atât, informativitatea redusă a metodelor microbiologice utilizate în laboratorul instituțional.

Scopul studiului reprezintă aprecierea aspectelor clinice și a dificultăților de diagnostic al pneumoniilor trenante în condițiile de spital cu profil somatic. **Obiectivele** formulate au fost: identificarea caracteristicilor biologice și a factorilor de risc predispozanți; aprecierea aspectelor radiologice evocatoare; identificarea particularităților de diagnostic etiologic, tratament și rezultat terapeutic.

Material și metode: a fost realizat un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui eșantion de 55 bolnavi de pneumonie comunitară cu evoluție trenantă. Cazurile au fost spitalizate, investigate și tratate în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 2010-2012. A fost utilizată definiția de caz conform PCN [3]. Investigațiile au fost realizate conform standardului național, adaptat complexității cazului și disponibilității investigațiilor.

Rezultate: eșantionul format din 55 bolnavi a fost constituit din 33 (60,00±6,60%) bărbați și 22 (40,00±6,60%) femei (bărbații au predominat comparativ cu femeile cu $p < 0,01$). Mediul de reședință a fost predominant cel rural comparativ cu urban 37 (67,27±6,32%) și 18 (32,72±6,32%), ($p < 0,05$), fapt ce demonstrează inaccesibilitatea populației rurale la investigații medicale înalt calificate. Vârsta medie a constituit 56,8 ani.

Analizând complexitatea factorilor predispozanți am constatat că persoane migrante au fost 13 (23,63±5,72%), fumători activi au fost 13 (31,70±7,26%), utilizatorii de droguri intravenoase s-au constatat a fi 2 (4,87±3,36%) pacienți și un singur consumator cronic de alcool (1 (2,43±2,40%) pacient).

Analizând particularitățile de management al ca-

zului am constatat că diagnosticul de pneumonie cu evoluție trenantă a stabilit mai frecvent de către specialistul pneumoftiziolog comparativ cu medicul generalist (34 (61,81±6,55%) și 21 (38,18±6,55%) cazuri, $p < 0,01$).

Starea generală a bolnavului a fost apreciată ca un criteriu de determinare a calității vieții, care s-a apreciat ușor alterată în 3 (5,45±3,06%) cazuri și mediu alterată în 41 (74,54±5,87%) cazuri.

Spectrul semnelor clinice, care evocă pneumonia sunt componentele sindromului de intoxicație endogenă cât și a celui bronhopulmonar. Componentele sindromului de intoxicație: astenia a fost prezentă la 49 (87,50±4,41%) bolnavi, inapetența la 26 (47,27±6,73%) bolnavi, scăderea marcată în greutate la 18 (32,72±6,32%) bolnavi, transpirațiile profuze la 30 (54,54±6,71%) bolnavi, febra (inclusiv și subfebrilitatea) la 30 (54,54±6,71%) pacienți. Componentele sindromului bronhopulmonar identificate au fost: tusea cu expectorații muco-purulente la 47 (85,45±4,75%) bolnavi, tusea cu expectorații seromucoase la 8 (14,54±4,75%) pacienți, dureri toracice s-au constatat la 9 (16,36±4,98% pacienți) și doar la 3 (5,45±3,06%) s-au identificat hemoptizii (tabelul 1).

Tabelul 1

Spectrul simptomatologiei clinice

Semne clinice	n	M ± m(%)
Astenie	49	87,50±4,41
Scădere în greutate	18	32,72±6,32
Inapetență	26	47,27±6,73
Transpirații	30	54,54±6,71
Febră	30	54,54±6,71
Expectorații seromucoase	8	14,54±4,75
Expectorații mucopurulente	47	85,45±4,75
Durere toracică	9	16,36±4,98
Hemoptizii	3	5,45±3,06
Dispnee	38	67,85±6,24
Dispnee MRC4	3 din 38	10,71±5,84
Dispnee MRC3	19 din 38	67,85±8,82
Dispnee MRC2	6 din 38	21,42±7,75

Apreciem o pondere semnificativă a bolnavilor dispneici 38 (67,85±6,24%). Criteriile MRC utilizate pentru stadializarea dispeei au constatat că o dispnee la efort minim (MRC 4) s-a determinat la 3 (10,71±5,84%) cazuri, iar majoritatea au avut dispnee la efort mediu (MRC 3) respectiv 19 (67,85±8,82%). Comorbidități au fost diagnosticate la 39 (60,00±6,08%) cazuri. Iar bolile cardiovasculare, pe contul hipertensiunii arteriale și cardiopatiei ischemice au predominat concludent față de celelalte comorbidități (16 (41,02 ± 7,87% cazuri), urmat de bolile gastro-intestinale (8 (11,44±3,80%) cazuri) și câte 4 (7,27 ± 3,50%) cazuri la fiecare nozologie

Tabelul 2

Aspecte radiologice caracteristice și agenți etiologici izolați

Indicatori	n	M ± m (%)	Agent	n	M ± m (%)
1 segment	5	9,09±3,87	<i>St. aureus</i>	2	3,64±2,52
2 segmente	48	87,27±4,49	<i>S.pneumoniae</i>	16	29,09±6,12
≥ 3 segmente	2	3,63±2,52	<i>Candida</i>	12	21,82±5,57
Unilateral	40	72,72±6,00	<i>Br.catarrhalis</i>	1	1,82±1,80
Bilateral	15	27,27±6,00	<i>Str. viridans</i>	5	9,09±3,88
Infiltrație	55	100	<i>K.pneumoniae</i>	3	5,46±3,07
Destrucție	3	5,45±3,06	<i>Neisseria spp.</i>	1	1,82±1,80
Fibroză plm	10	18,18±5,20	Absent	10	18,19±4,02
Aderențe pleurale	18	32,72±6,32	<i>P. mirabilis</i>	1	1,82±1,80

enumerată: boli respiratorii cronice nespecifice, boli hepatice cronice, diabetul zaharat. Câte 1 caz (2,56 ± 2,53%) s-a identificat de pielonefrită cronică, HIV infecție și cancer bronhopulmonar.

Datele examenului obiectiv pulmonar a determinat raluri crepitante (semn de condensare alveolară) în 35 (77,77±6,19%) cazuri, raluri bronșice (subcrepitante) la 8 (17,77±5,69%) și o asociere între raluri bronșice și sibilante la 2 (4,44±3,07%) cazuri.

Studiind aspecte radiologice am constatat afectarea extinsă a parenchimului pulmonar la 2 bolnavi (3,63±2,52%), bisegmentară la majoritatea acestora - 48 (87,27±4,49%) cazuri. Ambii plămâni au fost afectați la 15 (27,27±6,00) cazuri iar pneumonie unilaterală la 40 (72,72±6,00%) cazuri. Evoluția infiltrației pneumonice către fibroză pulmonară s-a determinat la 10 (18,18±5,20%) cazuri, iar cu aderențe pleurale la 18 (32,72±6,32%) cazuri (tabelul 2).

Componenta fazei evolutive, precum infiltrația radiologică pulmonară a fost determinată la întreg volumul de bolnavi investigați. Totuși particularitatea, care demonstrează severitatea cazurilor, precum distrucția parenchimatosa pulmonară s-a identificat doar într-un număr redus de cazuri (3 (5,45±3,06%)). Evoluția tabloului radiologic sub tratamentul nespecific a constatat o resorbție considerabilă doar la 10 (18,19±5,20%) bolnavi, iar resorbția parțială a predominat concludent - 42 (76,36±5,73%) cazuri, (cu p<0,001). Din cauza decesului la 3 (5,46±3,07%) bolnavi evoluția radiologică nu a fost stabilită.

Evaluând particularitățile bacteriologice am constatat o proporție redusă a bolnavilor, la care s-a putut izola agentul cu probabilitate mărită de a fi agent etiologic - 28 (50,90%) cazuri și o proporție semnificativă de contaminare a sputei - 12 (21,82±5,57) cazuri. Agenții etiologici identificați într-o proporție semnificativă a fost *Streptococcus pneumoniae* la 16 (29,09±6,12%) cazuri, urmat de *Streptococcus viridans* 5 (9,09±3,88%) cazuri, *Klebsiella pneumoniae* s-a izolat la 3 (5,46±3,07%) cazuri.

Totalitatea pacienților luați în studiu, au fost su-

puși tratamentului antibioterapic conform protocolului în vigoare în momentul respectiv, iar la cazurile cu confirmare etiologică a fost adaptat spectrului de sensibilitate al agentului izolat. Deci, asocierea antibioticelor β-lactamice cu macrolide s-a administrat la 11 (20,00±5,39) cazuri, asocierea cefalosporinelor cu macrolide la 20 (36,36±6,49%) cazuri, a fluoroquinolonelor cu macrolide la 13 (23,64±5,73) cazuri și a cefalosporinelor cu fluoroquinolone la 11 (20,00±5,39%) cazuri. Rezultatul terapeutic a apreciat prin „caz vindecat” 52 bolnavi. În pofida tuturor intervențiilor de stabilire a unui diagnostic etiologic oportun și de optimizare a rezultatului terapeutic, au decedat 3 (5,46±3,062%) bolnavi.

Concluzii: Pneumonia trenantă, entitate nozologică distinctă în cadrul grupului de boli infecțioase ale tractului respirator inferior reprezintă o provocare în cadrul activității spitalicești curente.

Multitudinea factorilor de risc implicați, precum: vârsta înaintată, accesibilitatea redusă a serviciilor specializate înalt calificate, comorbiditățile, deprinderile nocive favorizează evoluția trenantă a procesului infecțios pulmonar.

Expresivitatea moderată a semnelor sindromului de intoxicație și bronhopulmonar demonstrează aspectul clinic decapitat de antibioterapia anterior administrată.

Localizarea predominant bisegmentară și într-un singur plămân, cu o resorbție predominant parțială sub influența antibioterapiei, explică torpiditatea evoluției procesului infecțios infiltrativ parenchimos pulmonar.

Metodele microbiologice în prezent disponibile în cadrul instituției cu profil somatic a permis identificarea agentului etiologic doar la o treime din pacienți.

Tratamentul antibiotic/chimioterapic a concordat cu recomandările standardelor naționale, atingând o rată optimă a cazurilor vindecate. În pofida investițiilor terapeutice, manageriale și financiare, decesul nu a putut fi prevenit în câteva cazuri unitare.

Discuții: Definiția „pneumonia trenantă” nu este

regăsită în nomenclatoarele internaționale ale morbidităților. Explicăm aceasta printr-un abord mult mai vast și agresiv în examinarea cu scop de depistare a cauzelor evoluției trenante a proceselor infiltrative parenchimotoase prezent în țările înalt dezvoltate. Expresivitatea clinică redusă și sensibilitatea suboptimală a metodelor microbiologice de identificare a agentului etiologic se reflectă asupra rezultatelor radiologice de resorbție parțială a infiltratelor pulmonare. Decesele survenite în pofida tuturor măsurilor de optimizare a tratamentului, demonstrează necesitatea abordului complex al cazurilor cu opacități pulmonare infiltrative trenante dar și administrarea unui tratament individualizat corespunzător particularităților biologice ale bolnavului.

Bibliografie

1. Bolile aparatului respirator. Chișinău, 2001, 637 p.
2. Botnaru V. Pneumonia extraspitalicească la adult: recomandări practice. Chișinău, 2004, 67 p.
3. Protocol Clinic Național - 3 Pneumonia Comunitară la Adult. Chișinău, 2014, 43 p.
4. Woodhead M., Blasi F., Ewig S., et al. ERS Tasc Force in collaboration 0ith ESCMID: Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J. 2005;26:1138-1180.
5. Чучалин А., Синопальников А., Яковлев С. и др. - Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике - пособие для врачей. Министерство Здравоохранения РФ. Москва: 2005. с. 198.